

VINÍCIUS SCHERNER ROSSI

Agentes Comunitários de Saúde

**Estudo comparativo entre os Municípios de Campo Belo do
Sul, Correia Pinto e Florianópolis (Bairro da Costeira do
Pirajubaé)**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

2001

VINÍCIUS SCHERNER ROSSI

Agentes Comunitários de Saúde

**Estudo comparativo entre os Municípios de Campo Belo do
Sul, Correia Pinto e Florianópolis (Bairro da Costeira do
Pirajubaé)**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

2001

Agradeço à República Federativa do Brasil por dar a oportunidade de tornar-me médico, em meu País, através de uma Universidade pública, gratuita e de qualidade.

Índice

1. Introdução.....	01
2. Objetivo	
2.1 Objetivo geral.....	03
2.2 Objetivos específicos.....	03
3. Revisão Bibliográfica.....	05
3.1. Agentes Comunitários de saúde.....	13
3.2. Programa em que os ACS estão inseridos: PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família).....	20
3.2.1. PACS.....	21
3.2.2. PSF.....	22
4. Histórico dos ACS nos Municípios de Florianópolis, Campo Belo do Sul e Correia Pinto.	
4.1. Florianópolis.....	26
4.2. Campo Belo do Sul.....	29
4.3. Correia Pinto.....	31
5. Percurso Metodológico.....	33
6. Apresentação e Discussão dos Dados	
6.1. Dados coletados com os ACS.....	37
6.2. Balanço das Atividades Realizadas pelos ACS	
6.2.1. Campo Belo do Sul.....	51
6.2.2. Correia Pinto.....	55

6.2.3. Costeira do Pirajubaé.....	57
7. Conclusões.....	59
8. Referências Bibliográficas.....	66

1. Introdução

Como parte do Curso de Graduação em Medicina da UFSC, é solicitado ao formando uma monografia. Eu, como acadêmico estagiário do Centro de Saúde II da Costeira do Pirajubaé, decidi realizar a monografia na área de Saúde Pública. Nessa Instituição, assim como nas outras em que o Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS) estão em implantação, existe uma colaboração multiprofissional contando com médicos, dentistas, enfermeiras e auxiliares e agentes comunitários de saúde (ACS).

A proposta da monografia é avaliar os agentes comunitários de saúde dos Municípios de Campo Belo do Sul e Correia Pinto, e do Bairro da Costeira do Pirajubaé no Município de Florianópolis, fazendo uma análise comparativa no que diz respeito ao entendimento sobre o SUS e PACS, quanto às suas perspectivas de trabalho, sobre alguma eventual mudança política que possa influenciar em seu trabalho, e quanto a questões éticas, morais e culturais.

O papel dos ACS é fundamental para execução da nova proposta de redirecionamento da atenção à saúde preconizado pelo movimento chamado de Reforma Sanitária, sendo a promoção da saúde a prioridade em detrimento à ação sobre a doença. Para tanto, é necessário que os ACS estejam capacitados e preparados, façam parte da comunidade na qual trabalham, o que facilita a sua função como elo entre a população e os serviços de saúde¹. O estabelecimento de vínculos entre a comunidade e a equipe de saúde é fundamental para organização dos serviços em nível local, assim como a participação ativa da comunidade em ações coletivas.

A escolha dessas três localidades diferentes nos permite fazer um estudo comparativo preliminar entre as mesmas na tentativa de entender como está se desenvolvendo o trabalho dos ACS nesses locais. O que, de certa forma, também possibilita verificar como os municípios estão se responsabilizando, assim como a própria comunidade, pela situação de saúde de sua população e organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participação.

A necessidade da mudança do atual modelo centrado no hospital já começa a fazer parte da realidade da saúde no Brasil. Através do PSF/PACS as unidades básicas de saúde passam a adquirir mais qualificação técnica e mais apoio financeiro, sendo capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. Mas esta meta não será atingida totalmente se a sociedade civil não se organizar em prol de suas reais necessidades, e para isso é fundamental a participação comunitária ativa.

A experiência de enfermeiras de municípios da região serrana do Estado em parceria com a UFSC, nos garante a oportunidade de confrontarmos dados entre interior e capital, e então diagnosticar erros e acertos no estabelecimento deste jovem programa de saúde que melhorou muito a forma de atender à população, e que por tão recente merece muito estudo a fim de ampliar o benefício ao cidadão brasileiro.

Diante desta nova perspectiva para a área da saúde, sentimos necessidade desta avaliação preliminar do papel dos ACS nessas três áreas de atuação no Estado de Santa Catarina, uma vez que cada uma representa uma história em populações distintas.

Para melhor entender o papel do ACS como participante da atenção primária à saúde, é necessário entender a evolução das políticas de saúde no Brasil como Nação.

2. Objetivo

2.1. Objetivo geral

Avaliar aspectos do trabalho dos agentes comunitários de saúde, na atenção primária do SUS, em três áreas de atuação, nos Municípios de Campo Belo do Sul, Correia Pinto e Florianópolis (Bairro da Costeira do Pirajubaé).

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar a forma de seleção dos ACS.
- Analisar os balanços das atividades desenvolvidas pelos ACS.
- Verificar se o ACS tem conhecimento sobre o sistema brasileiro de saúde e sobre ao programa do qual fazem parte.
- Verificar algum conhecimento técnico dos ACS.
- Verificar atitude dos ACS frente a um padrão cultural.
- Analisar o comportamento ético e moral dos ACS frente a algumas situações.
- Verificar se o ACS tem conhecimento sobre o sistema brasileiro de saúde e sobre ao programa do qual fazem parte.

- Saber sobre as perspectivas futuras de trabalho do ACS, e a opinião a respeito de mudanças na prefeitura e sua situação contratual como ACS.

3. Revisão Bibliográfica

Na Constituição Imperial de 1824, se falava em “direito ao socorro público”, já na Constituição Republicana de 1891 ² não se comenta nada em favor da saúde do cidadão . No final do século XIX, o Brasil estava em uma situação precária em relação à saúde, com um quadro inalterado de doenças endêmicas e graves epidemias em decorrência da falta de medidas de controle.

Em torno de 1910, novas idéias foram se organizando, surgiu o movimento médico-sanitário. Buscava-se, nesta época, uma ação social que saneasse a zona rural, constituindo um povo saudável e permitindo a ocupação do interior do país. A corrente médico-sanitária tornou-se hegemônica no decorrer da década de 20, organizando-se nos grandes centros urbanos, como Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Recife, entre outros ³.

Na década seguinte, surgem o Departamento Nacional de Saúde Pública, comandado por Osvaldo Cruz, com atribuições no saneamento, sanitarismo, higiene infantil, industrial e profissional. A criação do Curso de Educação Sanitária, destinado a transformar professoras primárias em agentes divulgadores da higiene , formando a “consciência sanitária” da população, com a supremacia da medicina preventiva sobre a medicina curativa ⁴. Seriam encontrados os primeiros ACS oficiais do Brasil.

Com a revolução de 1930 e os movimentos sociais, surgem dois setores: um de saúde pública e outro de medicina previdenciária, aparecendo o Instituto de Aposentadorias e Pensão (IAPs). A constituição de 1934 já previa então, através dos seguintes artigos, avanços de Ordem Social:

-art.138 - *Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:*

- a) *assegurar amparo aos desvalidados, criando serviços especializados e animando os serviços sociais;*
 - b) *estimular educação eugênica;*
 - c) *amparar a maternidade e a infância;*
 - d) *socorrer as famílias de prole numerosa;*
 - e) *proteger a juventude do abandono físico, moral e intelectual;*
 - f) *adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e morbidade infantis, e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;*
 - g) *cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra venenos sociais.*
- art. 140 - *A União organizará o serviço de combate às grandes endemias do País, cabendo-lhe o custeio, a direção técnica e administrativa nas zonas onde a execução do exceder as possibilidades dos governos locais.*
 - art. 141 - *É obrigatório, em todo território nacional, o amparo à maternidade e à infância, para que a União, os Estados e os Municípios destinem um por cento das respectivas rendas tributárias.* ²

Neste período é criado o Ministério da Educação e Saúde. Tanto a estrutura formal como a constitucional estavam moldadas em bases preventivas. Foram criados a partir de 1937 através da Reforma Federal departamentos nacionais de combate a problemas específicos, como malária, febre amarela e saúde infantil.

Já a Constituição de 1937 suprime encargos ao Poder Público, referindo em um único artigo a saúde ²:

- art. 16, XXVII - *“Compete privativamente à União legislar normas fundamentais da defesa e proteção à saúde, especialmente da criança.”*

Na década de 40, o estreitamento dos laços com os Estados Unidos devido à Segunda Guerra Mundial, firmou-se a expansão da rede hospitalar e privilégio à produção de serviço privado de saúde ⁵. Mais uma vez a Constituição de 1946 não prevê responsabilidades ao governo, apenas poder para legislar sobre a saúde conforme é citado:

- art. 5º - *Compete à União legislar sobre normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa da saúde; e de regime penitenciário;*

A II Conferência Nacional de Saúde, em 1950, consagrou o saneamento como missão dos serviços de saúde pública ⁴, iniciando logo após a interiorização da economia com o surgimento de Brasília e a Operação Nordeste.

Ao encerrar-se a década de 50, a política de saúde pública vigente estava sendo questionada, e pouco a pouco surge um outro padrão de atendimento à saúde, voltado ao hospital e ao processo curativo das doenças ⁴.

Na década de 60, a III Conferência Nacional de Saúde apresenta o tema Municipalização de Saúde, divulgando-se nesta época a idéia de que a miséria e a doença seriam controladas com o desenvolvimento econômico. Ocorreu então um modelo centrado na assistência médica comercializada, apoiada pelo sistema previdenciário, sendo a saúde pública reduzida a um braço auxiliar. Na realidade ocorreu uma completa separação entre assistência médica e saúde pública, com maciços investimentos na primeira e o sucateamento da segunda ³. Após o Golpe de 64, ocorreu a unificação do IAPs ao Instituto Nacional de Previdência Social aumentando ainda mais a precariedade e decadência do Ministério da Saúde ⁵.

A Constituição elaborada em 1967 refere-se à saúde da seguinte maneira:

Da competência da União

Art. 8º - *Compete à União:*

XIV - estabelecer planos nacionais de educação e saúde;

A nova política implementada pelo INPS baseou-se no atendimento hospitalar, na maior parte de natureza privada, na elevação do uso de equipamentos e serviços para diagnóstico, na difusão do uso de medicamentos, na diversificação das especialidades médicas, apontando para o que se convencionou chamar de “a capitalização da medicina”. Ao contrário do

apregoados, as condições gerais de vida e saúde da população pioraram sensivelmente, aumentaram as taxas de mortalidade infantil e desnutrição e houve o retorno de doenças como tuberculose. O “desenvolvimento industrial não resolveu os problemas sociais, como esperavam os que acreditavam no “milagre econômico”⁴.

Na tentativa de controlar as tensões sociais, foi lançado o I Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), no período de 1972-1974. Fracassada esta tentativa surge o II PND, que coloca como prioridade, a implementação de políticas sociais. A primeira medida foi a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. Este assumiu a assistência médica e curativa individual e o Ministério da Saúde as ações de caráter preventivo e coletivo. Com o intuito de organizar as atividades do setor saúde congregando os serviços públicos e privados, foi criado em 1975 o Sistema Nacional de Saúde. A política sanitária deste período propiciou o financiamento por parte da previdência social de inúmeras clínicas e hospitais privados, além de estabelecer uma política de convênios com hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento aos recursos normalmente destinados aos serviços públicos. Em 1976, foi formulado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), objetivando a priorização da atenção primária à saúde. Neste sentido as ações centraram-se também em atividades educativas, trazendo outra vez após muitos anos, os ACS.

Foram criados também, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS)⁵. A partir de 1977, com os chamados “estouros” orçamentários da previdência, os planos de governo tentam imprimir maior racionalidade ao sistema de saúde. O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), propunha a descentralização do sistema se

assistência médica através da criação de uma única “porta de entrada”. Com uma rede básica de serviços públicos de saúde, integrando a capacidade instalada já existente no INAMPS, nos estados e municípios; entrando a rede privada apenas onde não existissem unidades estatais ³.

O período da Nova República, início dos anos 80, foi marcado pela crise das políticas sociais, identificada como crise do próprio regime político autoritário. Nesta época, aumentam as discussões sobre os princípios básicos da Atenção Primária à Saúde estabelecidos na declaração de Alma Ata, que são a distribuição equânime dos recursos, envolvimento comunitário, ênfase à prevenção, tecnologia apropriada e abordagem “multi-setorial” ⁶. A Declaração de Alma Ata descreve também, várias características que identificam os princípios básicos da Atenção Primária, entre elas destaca-se a importância do trabalho dos médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, em nível local e de encaminhamento ⁷.

A Conferência de Saúde de Alma Ata (em 1978), tinha ampliado o sentido da expressão “atenção primária à saúde”, passando a mesma, a significar uma política de atenção à saúde centrada na prevenção e acessível de maneira equânime a toda população, não restrita ao setor de saúde, fundamentada em tecnologia apropriada na participação e nos interesses comunitários. A saúde aparece como estreitamente relacionada com as questões sócio-econômicas, políticas e ambientais ⁶.

Em 1980, baseado parcialmente nas proposições da Conferência de Alma Ata, foi criado o PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde). Apesar de inviabilizado em 1982, serviu de base para o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde. Com a intenção de provocar uma reversão gradual do modelo médico assistencial através do PAIS (Programa de Ações

Integradas de Saúde), que posteriormente, passou a chamar-se AIS (Ações Integradas de Saúde). As AIS transformaram-se em política oficial da Nova República, em 1985, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde. O Movimento Sanitário Brasileiro, que desde a época anterior militava contra o complexo médico industrial, começa a destacar-se na luta pela transformação do sistema vigente. Em 27 de novembro de 1985 é editada a Emenda Constitucional no. 26 convocando a Assembléia Constituinte com a responsabilidade de elaborar a nova Constituição do Brasil, com um caráter mais democrático e assimilando os novos conceitos sobre saúde ⁸.

É neste contexto sócio-político que ocorre, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, tendo por temática o direito à saúde como parte da cidadania e a reorganização do setor em um sistema único de saúde. Como consequência, em 20/07/87 é editado o decreto governamental que cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como tentativa de institucionalizar os princípios de unificação e descentralização ao nível dos estados, reduzindo o controle central exercido principalmente pelo INAMPS. Este Sistema não alterou o modelo assistencial vigente, persistindo a desigualdade de acesso aos serviços, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos, a estrutura inadequada de financiamento do setor e a ausência de integralidade das ações. Neste mesmo período é organizado, em Olinda, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que apoiam a Reforma Sanitária. O CONASEMS representou importante papel durante a Assembléia Nacional Constituinte, exercendo forte pressão política por ocasião da aprovação do novo texto constitucional.

Em 05 de outubro de 1998 é promulgada a atual Constituição Federal, contendo na seção II do capítulo II (“da seguridade social”), os temas relacionados à Saúde. Trazendo em seu Art. 126, o seguinte texto:

*“ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação ”*⁹, abrindo caminho para um novo dimensionamento da saúde e deixando claro as responsabilidades do Estado, bem como a força do movimento sanitária à época, que teve participação ativa e decisiva na VII Conferência Nacional de Saúde.

Segundo Borja⁸, em nenhuma das constituições anteriores, estava definido ou conceituado “Saúde”, quer de maneira doutrinária ou científica.

A partir da promulgação da Constituição de 1988, ficou instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que veio a ser regulamentado em 1990, com a publicação da lei no. 8.080 de 19/09/90¹⁰, destacando-se também a Lei no. 8.142 de 28/12/90 a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos financeiros na área da saúde¹⁰. Em 1996, foi publicada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96)¹¹, que consagra, juntamente com as outras leis anteriores, princípios fundamentais como universalidade, igualdade, integralidade, direito à informação sobre saúde, participação popular.

A NOB-SUS 01/96, é um instrumento legal para orientar as ações e serviços de atenção básica no âmbito do SUS. Segundo ela, a totalidade das ações e serviços deve ser desenvolvida por um conjunto de estabelecimento, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, disciplinados segundo os sistemas municipais de saúde e voltados ao atendimento integral de sua população, ou seja, o Município passa a ser o responsável pela situação da saúde da sua população. Para que os Municípios possam desenvolver essas ações e serviços, os mesmos devem se habilitar na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, junto ao ministério da Saúde, e encaminhar relatórios de suas atividades. Os recursos são um valor per capita, chamado Piso de Atenção Básica (PAB), repassado ao Fundo Municipal de Saúde (FMS). Este recurso deve ser utilizado

para o desenvolvimento de ações estratégicas de atenção básica, como incentivos às ações básicas de vigilância sanitária, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de Saúde da Família (PSF) e de combate às carências nutricionais ¹².

A idéia inicial da implantação do PACS surgiu como estratégia do Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde para responder a uma demanda deficitária na atenção primária à saúde, que garantisse, prioritariamente, assistência ao grupo materno infantil. Este projeto foi elaborado a partir de experiências concretas já implantadas nos Estados do Ceará, Goiás, Pernambuco, Maranhão, Vale do Ribeira (SP), Rondonópolis (MT); do conhecimento de relatos de programas com Agentes de Saúde de quase todos os Estados da União; das sugestões apresentadas pelo Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde; e do programa de Líderes Comunitários da Pastoral da criança CNBB ¹³.

A idéia do PACS, já em 1991, se configurava como Programa tendo sua implantação iniciada pelos Estados da Região Nordeste priorizando as ações e informação e educação em saúde voltadas para a área materno infantil. Posteriormente, com a entrada do cólera no País, o PACS estendeu-se em caráter emergencial aos Estados da Região Norte, onde os ACS assumiram importante papel no controle e prevenção da doença ¹³.

O PSF surgiu como uma estratégia para a reversão do modelo assistencial vigente, levando a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais da saúde e população. A família passa a ser objeto principal de atenção, e deve ser entendida a partir do ambiente em que vive. Para tal, é necessário que a equipe de uma Unidade de Saúde da Família (USF) seja composta, no mínimo, por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), aos quais cabe garantir a

vinculação, laços de co-responsabilidade e identidade cultural com as famílias da sua microárea de atuação ¹⁴.

No campo da política, o PSF garante o duplo caminho da demanda bem articulada e consequente por mais e melhores serviços - de um lado - e da resposta organizada da população em fóruns participativos. no âmbito técnico, o PSF traz a revalorização da clínica, o incremento do vínculo. E com relação aos resultados, vem escrevendo, de cidade em cidade, de comunidade em comunidade, uma inversão de índices vergonhosos de mortalidade, morbidade.

Entre as dificuldades encontradas, o alerta das desigualdades sociais, econômicas e educacionais. Outras, de ordem institucional, como a configuração articulada e sinérgica entre as esferas de poder, ou de natureza cultural, como o novo modelo de formação de profissionais de saúde capaz de atender às exigências do PSF. Estes desafios tocam na cultura brasileira. E sabemos todos como as mudanças culturais são difíceis e exigem tempo.

Em matéria de saúde, prevenir as doenças é sempre o caminho mais seguro e mais econômico. Essa prevenção deveria começar em cada família, porém para isso existem muitas limitações geradas, principalmente, pela falta de informação. A atuação dos ACS deve ser na tentativa de melhorar a capacidade da população de cuidar de sua própria saúde e de contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde.

3.1. O Agente Comunitário de Saúde

- 1- O Perfil do Trabalhador Primário de Saúde ou Agente Comunitário de Saúde segundo a OMS ¹⁵:

- ACS é um homem ou mulher que sabe ler e escrever, escolhido pela comunidade local, com o consentimento desta, para tratar de problemas de saúde da comunidade;
- o ACS estará sob responsabilidade das autoridades locais e da comunidade e por um supervisor designado pelos serviços oficiais de saúde, seguirá suas instruções e trabalhará em grupo;
- a comunidade local proporcionará um espaço em que será usado apenas para atividades de saúde;
- o ACS receberá uma formação inicial de seis a oito semanas, pelo órgão oficial de saúde. A formação será de caráter prático e próximo ao local de implantação. De preferência o supervisor deve participar da formação permanente.

2- O Perfil do Agente Comunitário de Saúde pelo Ministério da Saúde Brasileiro^{16, 14, 17}

Para ser ACS, a pessoa deve conhecer muito bem a comunidade em que vai trabalhar. Esta é a premissa mais importante, pois sua atuação diária será justamente na área em que reside, necessitando ser aceito pela comunidade. Deve ter também espírito de liderança e solidariedade e preencher os seguintes quesitos:

- idade mínima de 18 anos;
- saber ler e escrever;
- residir na comunidade há pelo menos 2 anos;
- ter disponibilidade de 8 horas diárias para exercer suas atividades.

Entre suas principais atribuições, o agente deve:

- realizar mapeamento de sua área de atuação;

- cadastrar todas as famílias em sua área de atuação;
- visitar cada família, no mínimo, uma vez por mês, aumentando essa frequência quando surgir uma situação que requeira atenção especial;
- pesar e medir uma vez por mês as crianças com menos de 2 anos e registrar no cartão de acompanhamento. Esse controle permite detectar, por exemplo, a presença de deficiências nutricionais que interfiram no crescimento. Se for preciso, a ação do ACS se concentra em tomar medidas para melhorar esse quadro, juntamente com o serviço local e com a comunidade;
- verificar o cartão de vacinação mensalmente, se as aplicações estiverem atrasadas, encaminhar a criança para o centro de saúde;
- dar orientação para evitar infecções respiratórias agudas, que podem evoluir para pneumonia;
- incentivar o aleitamento materno;
- identificar as gestantes e encaminhá-las para o acompanhamento pré-natal. Depois disso, verificar mensalmente se as consultas estão sendo feitas;
- explicar a importância da vacinação anti-tetânica, para evitar o tétano em recém-nascidos (“mal de sete dias”) e encaminhar a gestante para a vacinação;
- orientar as mulheres em idade fértil em relação ao risco de câncer de mama e do colo uterino, e encaminhá-las para exames de controle;
- dar orientação acerca de métodos de planejamento familiar;

- orientar quanto às formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;
- estar atento para os problemas que afetam o meio ambiente, como coleta de lixo, serviços de água e esgoto, etc. Propor soluções e dar apoio necessário para que a comunidade enfrente a situação;
- orientar as famílias quanto a prevenção e aos cuidados em relação a endemias que afetam a região, como cólera, dengue, malária e outras;
- orientar a família em relação ao uso do soro de reidratação oral e a medidas de prevenção à diarreia, como estratégia para evitar quadros de desidratação;
- promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- incentivar a formação dos conselhos locais de saúde.

O ACS deve sair sempre, para o trabalho, com a roupa e o crachá de identificação, a prancheta as fichas do sistema de informação. Desta forma será facilmente reconhecido pela comunidade. Com frequência ele precisa percorrer grandes distâncias, neste caso é imprescindível que disponha de um meio de transporte adequado - bicicleta, barco, canoa. Além disso, deve levar consigo, os equipamentos básicos: balança, para pesar crianças em suas casas; cronômetro, para verificar frequência respiratória; termômetro e fita métrica.

O número de ACS necessários para determinada área é definido em função do local em que o programa vai ser implantado, com base no conhecimento das prioridades e das necessidades da população local. A melhor forma de identificar este quadro costuma ser uma discussão aberta, da qual a comunidade toda participa, por intermédio de seus representantes - Conselhos Municipais,

Associações de Moradores e outras organizações locais. Definidas as áreas de atuação, é preciso saber quantas famílias aproximadamente residem na região a ser atendida. Um ACS pode acompanhar em média 100 famílias na zona rural e 180 na zona urbana.

O processo seletivo dos ACS consta de uma prova escrita e uma entrevista, não sendo exigido dos candidatos conhecimentos técnicos na área da saúde. Nesta prova, que deve ser organizada pelo próprio Município, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde, devem ser explicitadas a experiência do candidato em ações comunitárias.

No processo de seleção, também são classificados suplentes, que serão convocados se o número de famílias a ser atendido for maior que o previsto, ou, se for necessária alguma substituição. Há duas situações em que o suplente assume: quando o ACS titular se afastar por razões pessoais ou quando ele é afastado por não cumprir os compromissos e atribuições assumidas, ou gerar conflitos na comunidade. A decisão de afastar um ACS deve ser avaliada com muito cuidado pelo supervisor (enfermeiro) e também pela comunidade.

A prefeitura deve divulgar amplamente a abertura de vagas, por rádio, nas escolas, igrejas, associações de moradores e outros meios e locais possíveis. Todas as pessoas interessadas devem ser informadas, pois a escolha dos ACS deve ser um processo aberto, que obedeça a critérios técnicos.

Após ser aprovado no processo seletivo, os ACS recebem treinamento, que deve ocorrer no próprio Município. trata-se de um processo gradual e permanente que vai se renovando de acordo com o trabalho desenvolvido no dia a dia. O responsável pela capacitação deve ser um enfermeiro, que atuará como instrutor e supervisor, além de reorientar as ações quando necessário. Toda a equipe de profissionais de saúde da Unidade Básica de referência dos ACS deve participar do processo de treinamento.

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, investe em Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para Saúde da Família, com o objetivo de articular o ensino e o serviço e, intensificar o processo de qualificação em serviço dos profissionais que compõem as equipes ¹.

Os Pólos hoje implantados envolvem um total de 58 escolas e Faculdades de Medicina e 62 Escolas e Faculdades de Enfermagem, e vem articulando, a inclusão de outras profissões e faculdades da área da saúde e áreas complementares, como as de Nutrição, Serviço Social, Farmácia, Psicologia, Administração e Engenharia, demonstrando uma grande capacidade de agregação ¹⁸.

Na primeira etapa do treinamento, os agentes recebem orientação para visitar todas as casas da sua área, cadastrando as famílias. Após, são treinados para acompanhar e orientar o grupo de mulheres e crianças - considerado prioritário para o atendimento à saúde - identificando e prevenindo situações de risco. Pouco a pouco vai sendo ampliado o leque de atuação, de acordo com os problemas da comunidade. Periodicamente devem haver reuniões dos ACS com o seu instrutor e supervisor, para avaliação do trabalho realizado e novas orientações ^{16,14,17}.

Segundo o Decreto no. 3.189 de 04/10/99 ¹⁹ :

“Art. 1º cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.”

Para Rosseau ²⁰ (1976), um programa que apoia a comunidade tem como características:

- ser aberto, flexível e que considere os problemas da comunidade;

- ser pequeno, ou quando grande, descentralizado de maneira eficiente para que os programas tenham autoridade para dirigir seu próprio trabalho;
- ter participação comunitária forte. Pessoas de fora, que ensinem e aconselhem, mas não tomem decisões;
- compartilhamento do conhecimento entre o médico, o agente e as mães;
- escolha dos agentes pela própria comunidade;
- treinamento para os agentes com linguagem, ilustrações e conteúdo simples e informativo;
- supervisão incentivadora , digna de confiança, incluindo treinamentos e reforçando a confiança da comunidade no pessoal local;
- evolução dos agentes, com a experiência adquirida, preenchendo funções inicialmente desempenhadas por pessoal de fora, nas áreas de treinamento, supervisão, etc.

Com tudo isso, o agente continua aprendendo e crescendo. Tem orgulho de seu trabalho e toma iniciativas , incentivando outros. A comunidade passa a ter maior confiança em si mesma, se tornando mais auto-suficiente.

É recomendação do Ministério da Saúde, que os ACS sejam contratados por entidade não lucrativa de interesse público que poderá efetuar contrato de gestão e/ou termo de parceria com o município ¹. O valor da remuneração dos ACS foi acordada através de convênio entre a Fundação Nacional de Saúde / MS e as Secretarias Estaduais de Saúde, no valor de um salário mínimo. Para facilitar e garantir que os municípios tenham recursos suficientes para a contratação dos ACS, a União garantirá através do sistema de pagamento por produção, dentro

das ações a serem desenvolvidas pelos ACS, recursos suficientes para cobrir as despesas com salários e encargos sociais dos ACS ¹³.

**3.2. Programas em que os ACS estão inseridos: PACS
(Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF
(Programa da Saúde da Família)**

Dentro do modelo de atenção básica, além dos outros programas que possam existir no município, vamos nos ater ao PACS e ao PSF. Ambos possuem ACS entre os componentes das equipes e atuam em microáreas definidas, conforme a demanda populacional. O quadro ²¹ abaixo apresenta as definições de microárea e área para cada um dos modelos de atenção básica:

Modelo	Microárea	Área
PACS	Território onde habitam entre 400 e 750 pessoas, correspondente à atenção de 1 ACS	Conjunto de microáreas cobertas por, no máximo, 30 ACS e um instrutor supervisor, dentro de um mesmo segmento territorial.
PSF	Território onde habitam entre 400 e 750 pessoas, correspondente à atenção de 1 ACS	Conjunto de microáreas cobertas por 1 Equipe de Saúde da Família responsável pelo atendimento de 2400 a 4500 pessoas

3.2.1. PACS

O PACS ¹⁴ foi criado pelo Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, a fim de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde descentralizando as ações. Este programa faz parte da Agenda Básica da Comunidade Solidária, priorizando o atendimento a crianças e gestantes, devido ao alto índice de mortalidade infantil em regiões carentes.

O PACS é formado por Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiros lotados na Unidade Básica de referência dos ACS. A implantação deste programa é de opção dos municípios, que promovem a seleção dos agentes na comunidade em que os mesmos irão atuar, e proporciona treinamento a eles, contando com recursos, orientação e apoio do governo municipal, estadual e federal.

Para implantação do PACS, o município deve atender alguns requisitos como:

- Conselho Municipal de Saúde, que participe das discussões para adesão ao programa, obtendo aprovação e engajamento;
- Unidade Básica de Saúde de referência, na qual os ACS serão cadastrados;
- Fundo Municipal de Saúde, ou conta especial para saúde, onde serão depositados remuneração para manutenção e efetivação do programa;
- profissional enfermeiro lotado na Unidade Básica de Referência dos ACS, na proporção de 1 enfermeiro para 30 ACS;

- habilitação do município às condições de gestão prevista no NOB/SUS 01/96.

3.2.2. PSF

O PSF ^{1, 22} teve início em junho de 1991, a partir da implantação do PACS, e, em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde de Família (ESF). Este programa tem como princípios básicos:

- Caráter substitutivo: o PSF substitui as práticas tradicionais de assistência, comprometendo-se com a solução dos problemas de saúde, prevenindo doenças e colaborando com a qualidade de vida da população;
- integralidade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida na atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, garantindo atenção integral aos indivíduos da família, assegurando a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que necessário;
- territorialização e cadastramento da clientela: a USF trabalha com o território definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por no máximo 4.500 pessoas;
- equipe multi-profissional: cada equipe é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem

e 4 a 6 ACS. Outros profissionais, como, odontólogo, assistentes sociais e psicólogos, poderão ser incorporados às equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

As atividades das equipes devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e devem ser avaliadas permanentemente. Estas equipes devem estar preparadas para:

- conhecer a realidade das famílias de sua área de abrangência, tendo uma visão global;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco da população;
- elaborar junto com a comunidade um plano local com ênfase no processo saúde-doença;
- prestar assistência integral ao indivíduo;
- resolver, utilizando de forma adequada o sistema de referência e contra-referência, os problemas detectados;
- desenvolver educação para saúde, priorizando o auto-cuidado;
- promover ações inter-setoriais para enfrentamento dos problemas identificados;

Atuação das equipes deve ser nas unidades básicas de saúde (centros de saúde).

Cada membro desta equipe possui atribuições definidas:

Ao médico:

- prestar assistência integral aos indivíduos (médico generalista);
- valorizar a relação médico-paciente e médico-família;
- oportunizar contatos com os indivíduos sadios ou doentes;
- manter seus clientes saudáveis;

- executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- contribuir na promoção da qualidade de vida e meio ambiente saudável;
- discutir com a equipe e comunidade sobre saúde, cidadania e bases legais;
- participar da programação e planejamento das USF.

Ao Enfermeiro:

- executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária dentro de sua área de competência;
- capacitar os ACS e auxiliares de enfermagem, bem como apoiá-los e supervisioná-los;
- promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
- contribuir para tornar o meio ambiente mais saudável promovendo assim a qualidade de vida;
- discutir sobre bases legais, cidadania e direitos à saúde;
- participar do processo de programação e planejamento do trabalho da USF;

Ao Auxiliar de Enfermagem:

- desenvolver, juntamente com os ACS, atividades de identificação das famílias de risco, para garantir uma melhor monitoria de suas condições de saúde;
- executar, segundo sua qualificação, procedimentos de vigilância epidemiológica e sanitária;
- contribuir, quando solicitado, com o trabalho dos ACS em visitas domiciliares;

- acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos em situação de risco para garantir uma melhor monitoria de suas condições de saúde;
- participar da discussão e organização do processo de trabalho da USF ¹⁶.

4. Histórico dos ACS nos Municípios de Florianópolis, Campo Belo do Sul e Correia Pinto.

4.1. Florianópolis

No Município de Florianópolis , o PACS foi implantado em 1998, sendo que os ACS foram contratados pela Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV), não tendo portanto, vínculo empregatício com o Município ²³.

Para elaboração deste resgate histórico, entrevistaram-se: Rita de Cássia Heinzen de Almeida Coelho - enfermeira e Coordenadora Geral do PACS e Suzana Arruda - enfermeira e coordenadora do PACS, ambas do Município de Florianópolis; Tânia Muller - assistente social e ex-Coordenadora Estadual do PACS/PSF/SC; e, Marco Aurélio Da Ros - médico e professor do Departamento de Saúde Pública - UFSC, representante da UFSC no Pólo de Capacitação de 1997-1999.

Segundo os entrevistados, o PACS em Florianópolis começou a ser implantado em dezembro de 1998, como meta prioritária. A população não participou diretamente da escolha dos ACS. Foi divulgada nas comunidades a abertura das vagas para que o ACS fosse um morador da comunidade. Os critérios de seleção utilizados foram :

- 18 anos completos;
- morar há mais de 2 anos na comunidade;
- saber ler e escrever (aferido pela prova).

Utilizar como critério de seleção a escolaridade mínima (1º grau) dificultaria o processo, pois não se tinha noção de quem se inscreveria para ser ACS, considerando os contrastes sócio-econômicos acentuados. Os candidatos inscritos passaram por um processo de seleção, que constou de prova escrita e entrevista; sendo que esta contou com a participação da enfermeira da área de abrangência do candidato, podendo desta forma avaliar melhor o perfil do mesmo para ser ACS.

O Município conta até o ano de 2000 com 48 Centros de Saúde, cerca de 70.000 famílias cadastradas e um total de 600 ACS. Há quase totalidade das áreas cobertas pelo trabalho dos ACS, faltando, apenas, 8 áreas de um total de 608.

O Pólo de Capacitação do Núcleo 1 ministrou o treinamento introdutório sobre PACS/PSF para 50 enfermeiros do município de Florianópolis, com a intenção de que os mesmos fossem repassadores do conteúdo para seus ACS. Com duração de 40 horas, realizado num hotel de Canasvieiras, este treinamento contou na abertura com a participação da Prefeita Ângela Amin, de Tânia Muller, coordenadora Estadual do PACS/PSF à época, E Danusa Benjamim, Representante da Coordenação Nacional do PSF. Os instrutores foram: Ivonete Heidemann, Maristela Chito Sisson, Marco Aurélio Da Ros, Cleusa Pacheco e Antônio Mirador^WWosny.

Houve contratação de cerca de 550 ACS que receberam treinamento inicial através dos enfermeiros do quadro funcional da Prefeitura (treinados pelo Pólo de Capacitação). Sensibilização para abordar as famílias, postura para entrar na casa destas famílias, questões éticas e como cadastrar as famílias através das fichas do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB). O objetivo do Município de Florianópolis era ser piloto na implantação do cadastramento. Os

ACS ficaram seis meses cadastrando a população, e, após, receberam outro treinamento para implantação do PACS, o que ocorreu em 1999.

Durante esta implantação, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis recebeu a proposta de transformar os ACS em auxiliares de enfermagem. Esta, partiu da REPENSUL, sendo que a mesma tem um curso de auxiliar de enfermagem já estruturado. Em audiência com a Prefeita e o Secretário Municipal de Saúde, foi colocado que esta seria uma ação inovadora, sendo que os ACS estariam mais capacitados para exercerem suas funções e seriam profissionalizados. Aliou-se uma “vontade política” da Prefeita e uma “vontade técnica” do Secretário de Saúde e operacionalizou-se o curso. Foram selecionados 270 ACS, tendo como critério o 1º grau completo, sendo que formaram-se 36 grupos, com no máximo 10 alunos cada, agrupados por região. Para exercer as funções de facilitador e supervisor dos ACS, o município selecionou 30 enfermeiros dentre os que participaram do curso ministrado pelo Pólo de Capacitação. Os enfermeiros selecionados (em grupos de 6), elaboraram os manuais para o treinamento dos ACS. Cada manual abordava um dos temas: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, criança, gestante e políticas de saúde, dirigidos a um treinamento de 20 horas. Estes treinamentos foram coordenados pela Rede de Pós-graduação em Enfermagem da Região Sul (REPENSUL).

Neste momento, o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) formulou uma proposta aos Municípios do interior, para a capacitação dos ACS em auxiliares de enfermagem, com parceria da REPENSUL. O Pólo de Capacitação recebeu um fax de um município do Interior do Estado, solicitando informações a respeito da proposta do SENAC, quando então, tomou conhecimento desta nova proposta. Este fato gerou mais incompatibilidade entre o Pólo e a Prefeitura.

Dentre os Municípios do Estado, somente Florianópolis aderiu à proposta, assumindo o risco de os ACS deixarem o programa após a conclusão do curso ou quando surgir proposta de trabalho como auxiliar de enfermagem.

O Bairro da Costeira do Pirajubaé apresenta um Centro de Saúde e uma equipe de PSF/PACS com dezoito ACS em atividade, uma vez que dos vinte originais, dois foram afastados.

4.2. Campo Belo do Sul

No Município de Campo Belo do Sul o PACS foi implantado em 3 de novembro de 1999. Para este resgate histórico, entrevistou-se a Secretária Municipal de Saúde e enfermeira coordenadora do PACS.

Segundo a entrevistada, para a implantação do PACS, houve uma parceria da Secretaria de Saúde com o Conselho Municipal de Saúde para atender às exigências do Ministério da Saúde. Os ACS foram contratados pela Prefeitura tendo vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde. Observaram-se rigorosamente os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, não havendo ingerência política, e um fator importante, houve ampla participação do Conselho Municipal de Saúde em todo o processo, com fiscalização continuada das ações dos Agentes Comunitários de Saúde.

Os critérios adotados para a seleção dos candidatos foram:

- 1º grau completo;
- 18 anos;
- residir no bairro onde iria atuar.

O candidato para ser aprovado teve que alcançar nota cinco, no mínimo, na prova escrita e passar por uma avaliação psicológica. Além disso o Conselho Municipal de Saúde pediu para que os ACS contratados não tivessem nenhum vício.

Houve a inscrição de 60 candidatos para 10 vagas, dos quais, 20 foram para avaliação com o psicólogo. Essa avaliação foi muito importante pois através dela pode-se observar o perfil destes candidatos e qual seria o comprometimento deles como ACS.

Os ACS foram treinados pelo Pólo de Capacitação do Núcleo 1. Esse treinamento ocorreu durante uma semana em um hotel no Município de Lages. Campo Belo do Sul possui apenas uma equipe do PACS, composta de uma enfermeira e 10 ACS. Estes cumprem uma carga horária de 8 horas por dia e reúnem-se com a enfermeira responsável, diariamente, às 8 horas da manhã, para o esclarecimento de dúvidas. Além do treinamento introdutório, os ACS receberam outros treinamentos ministrados pela supervisora e pelas enfermeiras de Correia Pinto e Otacílio Costa. Estes treinamentos fizeram parte do estágio prático da especialização em Metodologia do ensino na Profissionalização de Enfermagem, que as mesmas estavam concluindo, abordando temas como o surgimento do SUS, a Reforma Sanitária, as Leis no. 8.080/90 e 8.142/90.

O trabalho do PACS no Município inicialmente foi um pouco difícil, pois as pessoas achavam que a função dos ACS seria verificar pressão, pegar fichas para consulta, levar remédios, entre outras coisas. Hoje a população do município já tem outra visão do trabalho.

4.3. Correia Pinto

No Município de Correia Pinto foi entrevistada a enfermeira Leila Vieira Gallas, coordenadora do PACS no Município e enfermeira de uma das equipes do PSF.

Em Correia Pinto, o PACS foi implantado em outubro de 1998.

A primeira equipe ACS não foi escolhida pela população, 100% deles tiveram indicação política, feita por vereadores, sendo que não foram respeitados os critérios de seleção do Ministério da Saúde. Porém, para não perder esta oportunidade, a equipe técnica da Secretaria de Saúde do Município resolveu usar um instrumento para seleção dessas pessoas, através do qual foi possível descartar as pessoas que não tinham perfil para ser ACS sem melindrar o aspecto político. O processo seletivo constou de uma prova escrita e uma avaliação com o psicólogo e com a assistente social. Dos vinte indicados inicialmente, doze foram eliminados, pois os mesmos não tinham nenhuma condição de escrita e mal sabiam escrever o próprio nome. Desta forma foi comprovado ao prefeito que ele não poderia ser representado na comunidade por pessoas com tão pouca escolaridade.

Após todo esse processo, o município treinou os ACS seguindo à risca o treinamento que o Ministério da Saúde preconiza. Nesse primeiro momento a Secretaria de Estado da Saúde (SES) esteve bastante ausente. No treinamento, houve a participação de um médico cubano, uma enfermeira da SES que não era do PACS e contaram com a colaboração de uma enfermeira do município de São Joaquim.

Esse treinamento ocorreu em outubro de 1998 , havendo em abril de 1999, o treinamento com o Pólo de Capacitação do Núcleo 1.

O município contava com 20 ACS para 19 microáreas vinculadas à equipe do PACS, duas equipes de PSF, sendo que cada equipe é formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica , uma auxiliar de enfermagem e 6 ACS.

Atualmente, após a mudança de Prefeito do Município, apenas dois ACS continuam o trabalho, todos os outros foram demitidos pelo novo prefeito, sendo substituídos por outros indicados politicamente, apesar de ter sido realizada uma prova escrita.

5. Percurso Metodológico e Procedimento para Coleta de Dados

No segundo semestre de 2000, cumpri o internato em Saúde Pública no Bairro da Costeira do Pirajubaé, Florianópolis. Tive então o primeiro contato com o PSF, onde os ACS estavam inseridos. Percebendo a importância destes para o funcionamento do Programa e convivendo com o seu dia a dia, além do vínculo pessoal, ative-me a analisar seu trabalho, o desempenho individual, características pessoais, motivação, dificuldades e o perfil regional que dá a peculiaridade característica do habitante e ACS da localidade.

Ao mesmo tempo, o Prof. Marco Aurélio Da Ros, do Departamento de Saúde Pública da UFSC e preceptor do Internato em Saúde Pública, vinha orientando os Trabalhos de Pós Graduação das Coordenadoras do PACS dos Municípios de Campo Belo do Sul e Correia Pinto. Disso surgiu uma constatação, ou melhor, um questionamento do Professor: O trabalho dos ACS do interior é mais eficaz que os da capital? Por quê?

A partir daí, o Prof. Marco Aurélio tornou-se orientador de minha monografia, visto que compartilhávamos idéias semelhantes, possuindo ele um conhecimento muito amplo a respeito do tema proposto e do objetivo de diagnosticar e esclarecer as diferenças entre os ACS da Costeira do Pirajubaé e os dos Municípios Serranos. Dos encontros com o orientador iniciou-se a pesquisa bibliográfica no sentido de esclarecer a origem e legislação do PACS/PSF, e por conseguinte a necessidade de pesquisar a história da saúde pública no Brasil.

Foi definida a população alvo para o trabalho, bem como os objetivos do mesmo, sendo que, sentimos também, a necessidade de tentar um resgate histórico da implantação nos Municípios selecionados, dos programas em que atuam os ACS. Consultei as Coordenadoras do PACS de Campo Belo do Sul - Jane Maria Gerber Neves, de Correia Pinto - Léia Vieira Gallas, e Enfermeira do Centro de Saúde da Costeira do Pirajubaé - Simoni Gallina, além do que os agentes comunitários das área envolvidas . A escolha desta população deveu-se ao fato de que a Costeira ter sido meu local de atuação durante o Internato em Saúde Pública, e de que as Coordenadoras de PACS da Região Serrana já terem seus trabalhos conhecidos do Professor Orientador, facilitando assim o contato entre nós, sendo então, a amostragem do tipo não probabilística ou por conveniência.

Este trabalho utilizou uma abordagem do tipo qualitativa (além de descrever, tento interpretar os fatos) e como método, o estudo de caso (trabalho com um pequeno número de unidades). Sobre o tema proposto, utilizei-me de um questionário impresso com questões abertas e fechadas para os ACS, e do depoimento das Coordenadoras e de pessoas ligadas à questão, acrescido com a apresentação de um balanço das atividades obrigatórias e voluntárias dos ACS.

Para o preenchimento dos questionários, o entrevistado foi esclarecido sobre o objetivo da pesquisa, sendo que o questionário foi preenchido pelo próprio ACS. Quanto aos depoimentos, foram registrados pelo entrevistador. Esse interagir, segundo Minayo, não se limita às entrevistas e conversas informais, aponta para a compreensão da fala dos sujeitos em sua ação, baseando-se no pressuposto de que as pessoas alvo não são ingênuos espectadores ou atores não-críticos²⁴.

O questionário composto por seis itens (Anexo 1) tem como objetivos:

- 1- Verificar se o ACS tem conhecimento sobre o sistema brasileiro de saúde e sobre ao programa do qual fazem parte.
- 2- Saber sobre as perspectivas futuras de trabalho do ACS, e a opinião a respeito de mudanças na prefeitura e sua situação contratual como ACS.
- 3- Verificar conhecimento técnico.
- 4- Verificar atitude frente a um padrão cultural.
- 5- Analisar o comportamento ético e moral.

Primeiramente, foi elaborado um teste piloto, com questões fechadas, que foi aplicado aos ACS do Bairro do Córrego Grande em Florianópolis. Como resultado, foi entendido que as questões fechadas levam a uma limitação de idéias do entrevistado, induziam respostas e geravam erros de interpretação. Desta forma, manteve-se apenas uma questão fechada, e as outras cinco, abertas.

Os dados que compõem este estudo foram coletados nos meses de abril e maio de 2001 no Centro de Saúde II da Costeira do Pirajubaé, no Salão Paroquial de Correia Pinto, e na Unidade Básica de Saúde de Campo Belo do Sul.

O número de ACS a serem entrevistados variou de acordo com a disponibilidade durante os horários marcados para tal. Em Correia Pinto, onze dos vinte agentes responderam ao questionário; em Campo Belo do Sul, nove dos dez; e no Bairro da Costeira do Pirajubaé, treze dos dezoito responderam.

Sabendo que a avaliação da forma e eficiência do trabalho dos ACS não podem se limitar a um simples questionário teórico, foi requisitado às Coordenadoras, um balanço das atividades desenvolvidas pelos agentes, de forma que estas tenham peso maior no que se refere à eficiência e empenho dos ACS.

A avaliação pela observação do examinador também vale como critério de análise, pois quando se busca um aperfeiçoamento no mundo dos significados das ações e relações humanas, há um lado não perceptível, não captável em equações, médias e estatísticas ²⁴.

6. Apresentação e discussão dos dados

6.1. Dados coletados com os ACS

QUADRO I. : Consolidado dos dados coletados com os ACS do Município de Campo Belo do Sul, de acordo com o número de ordem, número de famílias acompanhadas, grau de escolaridade, local de residência e curso técnico de enfermagem.

Agente: no. de ordem	No.de famílias da microárea e quantas são efetivamente visitadas	Grau de escolaridade	Trabalha do bairro em que mora ?	Fez ou faz curso de auxiliar de enfermagem ?
1	170 / 150	2° incompleto	sim	fiz
2	111 / 111	2° completo	não(mudou-se)	fiz
3	95 / 95	2° completo	não	não
4	69 / 69	terminando o 2°	não	não
5	132 / 132	2° completo	não(mudou-se)	pretendo fazer
6	99 / 99	cursando 3°	sim	não
7	121 / 121	2° completo	não	fiz
8	140 / 120	2° completo	sim	não
9	96 / 96	1° completo	sim	não

QUADRO II. : Consolidado dos dados coletados com os ACS do Município de Correia Pinto, de acordo com o número de ordem, número de famílias acompanhadas, grau de escolaridade, local de residência e curso técnico de enfermagem.

Agente: no. de ordem	No.de famílias da microárea e quantas são efetivamente visitadas	Grau de escolaridade	Trabalha do bairro em que mora ?	Fez ou faz curso de auxiliar de enfermagem ?
1	180 / 180	1° completo	não	não
2	170 / 147	1° completo	sim	não
3	150 / 150	2° completo	sim	não
4	90 / 90	cursando 1°	não	não
5	96 / 96	1° completo	não	não
6	146 / 80	1° completo	não	não
7	150 / 150	1° completo	sim	não
8	186 / 186	2° completo	não	não
9	127 / 127	4ª série	sim	não
10	162 / 90-110	cursando 1°	sim	pretendo fazer
11	130 / 130	cursando 2°	não	não

QUADRO III. : Consolidado dos dados coletados com os ACS do Município de Florianópolis (Costeira) , de acordo com o número de ordem, número de famílias acompanhadas, grau de escolaridade, local de residência e curso técnico de enfermagem.

Agente: no. de ordem	No. de famílias da microárea e quantas são efetivamente visitadas	Grau de escolaridade	Trabalha no bairro em que mora ?	Fez ou faz curso de auxiliar de enfermagem ?
1	36	1° incompleto	sim	não
2	110	2° completo	sim	sim
3	107 / 64	2° completo	sim	sim
4	95	2° completo	sim	não
5	83	3° incompleto	sim	não
6	60	1° incompleto	sim	não
7	16	2° completo	sim	sim
8	140 / 39	2° incompleto	sim	não
9	110 / 46	2° incompleto	sim	sim

10	140	1° incompleto	sim	não
11	170	2° completo	sim	sim
12	40	1° incompleto	sim	não
13	145	1° incompleto	sim	não
14	169	1° completo	sim	sim
15	160 / 49	2° incompleto	sim	sim
16	33	2° completo	sim	sim
17		1° completo	sim	sim
18	40	2° completo	sim	sim
19	91	1° completo	sim	não
20	112	2° incompleto	sim	sim

Destes dados percebemos que:

- todos ACS sabem ler e escrever;
- a maioria trabalha na área que mora, exceto em Campo Belo do Sul;
- com exceção da Costeira, a minoria dos ACS tem o curso de técnico de enfermagem.

As respostas dadas pelos ACS nas entrevistas, e apresentadas nos QUADROS 4, 5 e 6 foram agrupadas respeitando as idéias centrais, sem prejuízo da qualidade e veracidade das informações obtidas.

QUADRO IV. : Consolidado do dados coletados com os Agentes Comunitários de Saúde nos municípios de Florianópolis (Costeira do Pirajubaé), Campo Belo do Sul e Correia Pinto, com relação à questão: “Qual a ligação do SUS com o PACS ?”

RESPOSTA	CAMPO BELO	CORREIA PINTO	COSTEIRA
PACS é um programa do SUS para trabalhar saúde pública e educação em saúde.	01	00	00
O SUS nutre o trabalho do PACS/PSF, fornecendo a estrutura e suporte para nosso trabalho.	00	00	01
PACS é fonte de informação à comunidade e ao SUS.	00	00	01
Os dois trabalham juntos para o desenvolvimento de saúde da comunidade.	01	00	00
A ligação da comunidade (ACS) ao Posto de Saúde (SUS).	00	01	03
Os dois são direito de todos.	03	00	00
É uma parceria para dar bom atendimento à comunidade.	01	00	01
O PACS serve para prevenir e promover saúde.	00	01	00
O SUS informa o PACS que informa a comunidade.	00	00	01
Deveriam atender as pessoas.	00	00	01
Os dois se unem para atender as pessoas carentes.	01	00	00
PACS defende os direitos da comunidade.	00	00	01
Os dois estão juntos para ajudar as pessoas.	00	01	00
Muita, pois é o SUS que fornece as consultas e os remédios para o PACS.	00	01	00
Programa de ajuda à comunidade.	00	00	01
Sem vínculo o trabalho não dará certo.	00	02	03
Pouca, o SUS não colabora.	01	00	00
Um complementa o outro.	01	01	00
Respostas vazias.	00	01	01
Sem resposta.	01	03	00

Segundo Andrade, o SUS consiste-se de uma política de organização da atenção à saúde pela prestação de assistência preventiva e curativa aos indivíduos e comunidades através do estabelecimento do atendimento regionalizado e hierarquizado em níveis de complexidade, gerenciado por uma

coordenação descentralizada²⁵. O PACS, por sua vez, é uma estratégia montada pelo Ministério da Saúde a fim de melhorar a assistência preventiva nas comunidades, auxiliar no mapeamento regional epidemiológico e estabelecer uma assistência ao atendimento primário da população vinculado ao Poder Público. A lei 8.080-90 assim define:

Art.4º - “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS ”.

Analisando o quadro anterior, observamos que apenas as três primeiras respostas fazem uma boa relação entre SUS e PACS²⁶, sendo que nas duas primeiras houve uma troca: em lugar do SUS, quem patrocina o PACS é o Ministério da Saúde, e o PACS é um Programa do Ministério da Saúde. De qualquer forma estas duas respostas nos mostram um bom conhecimento sobre o assunto. As respostas elaboradas por três ACS que sugerem a existência da ligação comunidade (ACS)- posto de saúde (SUS) também é considerada correta segundo Borba, o PACS surgiu com o objetivo geral de fazer com que os agentes de saúde funcionem como elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde²⁷. Quem referiu-se ao SUS e ao PACS/PSF como direito de todos, também teve uma opinião correta.

QUADRO V.: Consolidado dos dados coletados com os Agentes dos Agentes Comunitários de Saúde nos municípios de Florianópolis (Costeira do Pirajubáé) , Campo Belo do Sul e Correia Pinto, com relação à questão: “Quais são suas perspectivas para os próximos cinco anos de trabalho?”

CAMPO BELO	CORREIA PINTO	COSTEIRA
Espero que melhorem as condições de vidas das pessoas, em todos os	Vou ter mais o que fazer pela minha microárea, pois a população vai	Nos sobrecarregue demais e pouca valorização do trabalho

sentidos, para os agentes atuarem sem tanta pobreza na comunidade.	aumentar.	
Gosto do que faço, espero que o projeto se expanda e resolva mais problemas, porém mais bem remunerado.	Mais recursos para ajudar as pessoas, melhor atendimento de saúde.	Não vão haver grandes mudanças
Espero melhora da saúde das famílias, e realizar mais projetos com os colegas.	Recuperar a saúde e do direito à cidadania da população. Viver e ser feliz.	Que os ACS tenham estabilidade, sindicato . Que não seja mais um trabalho “duvidoso”.
Tentamos bons resultados, melhor saneamento básico, mais incentivos e mais cursos de capacitação.	Melhorar a saúde, mais médicos e medicações.	Que melhore, somos pouco valorizados, mas somos insistentes para melhorar.
Que as autoridades locais entendam nosso trabalho para melhorá-lo assim como reconhecê-lo melhor.	Deve continuar e ser mais valorizado.	Que sejam resolvidos os problemas da comunidade
Que com apoio reconhecimento e apoio das autoridades, seja feito um trabalho melhor	Mais saneamento, mais apoio das autoridades, e eu possa melhor atender a comunidade.	Mais atendimento médico.
Que consigamos atingir nossa meta, ou seja, condições de saúde e educação.	Vai continuar ajudando a melhorar a saúde do povo.	A população confie mais em nós e sejamos mais valorizados.
Hoje plantamos a semente, talvez eu nem veja, mas em minha microárea não terão crianças sem vacina, mulheres sem preventivo, etc.	Espero que meu bairro melhore e que as pessoas gostem de meu trabalho.	Melhorias do lado pessoal e profissional.
Estabilidade profissional, permitir ao agente crescer, carteira assinada e concurso público.	Espero o melhor para a comunidade e mais empregos.	Pretendo trabalhar como técnico de enfermagem.
	Espero poder ajudar mais pessoas a prevenir e promover saúde.	Soluções para os problemas da comunidade e promessas cumpridas.
		Que nosso trabalho seja reconhecido pelos governantes.

Interpretando as respostas dos agentes da Costeira, percebemos um descontentamento quanto à remuneração em grande parte dos agentes da capital, “que nosso trabalho seja reconhecido” e “que as promessas sejam cumpridas”. É referida também a incerteza profissional, sendo desejada a criação de um sindicato próprio, que é direito dos trabalhadores. Há também quem esteja insatisfeito a ponto de querer trabalhar como técnico em enfermagem . No relato “ que a população confie mais em nós”, é revelada que ainda não há a relação população - ACS desejada. O pessimismo é evidenciado em “não vai mudar nada”, e mais ainda em “vou ficar mais sobrecarregado”. Por outro lado há quem acredite em melhorias para a comunidade e quem credite que tem o poder de mudar a situação: “somos insistentes e vamos melhorar”. A falta de atividades comunitárias já foi verificada anteriormente: “Também foi observado, nas duas microáreas (da Costeira) a pouca participação comunitária (Tabela XII), praticamente limitada aos grupos religiosos” ²⁷.

QUADRO VI. : Consolidado dos dados coletados com os Agentes dos Agentes Comunitários de Saúde nos municípios de Florianópolis (Costeira do Pirajubaé) , Campo Belo do Sul e Correia Pinto, com relação à questão: “Na próxima eleição para prefeitura, o que você acha que pode acontecer com o seu papel de ACS ?”

CAMPO BELO	CORREIA PINTO	COSTEIRA
Como houve alterações em municípios vizinhos, acha que deveríamos ter nossa situação regularizada.	Com a troca de prefeitura posso perder meu emprego, por isso queria que tivesse um concurso para garantir meu emprego.	Tudo pode mudar, se o prefeito tiver visão e quiser o melhor para a população, vai dar mais treinamento aos ACS.
Se for honesto nos apoiará,	Espero que melhore e que eles	Não existirá mais.

melhorando a saúde e evitando gastos desnecessários.	valorizem cada vez mais o agente.	
Pode haver novo concurso, ou renovar nossos contratos.	Se gostarem de meu trabalho podem me deixar ou não no emprego.	Espero mais apoio e reconhecimento.
Não sei, mas gostaria de ficar, pois adoro meu trabalho.	Se mudar eu acredito que, infelizmente estaremos fora, só se acontecer algum tipo de estabilidade.	Não sei, a prefeitura dá as ordens.
Podemos continuar com nosso trabalho, ou com novas parcerias para melhor atuarmos.	Se trocar de partido com certeza troca de ACS.	Eu acredito que mesmo com mudança de prefeito, o trabalho fica garantido.
Podemos continuar trabalhando, só que cada vez mais cobrados.	Vai depender do profissionalismo do ACS.	Espero que a Prefeita cumpra disse : “ Somos ACS até que o povo diga que somos”.
Como o nosso prefeito foi reeleito, não tivemos problemas, mas de repente, mudando de prefeito, queiram trocar os agentes como em outras cidades.	Depende de quem entrar na prefeitura.	Não acho nada, tudo pode acontecer, vivemos num país de politicagem.
Não tenho nem idéia.	Deve continuar.	Pode mudar os ACS, ou melhorar nosso lado.
Se mantiver o prefeito, podemos continuar ou até melhorar as condições de trabalho.	Acho que poderá mudar os ACS.	Não sei, depende de nosso trabalho e do próximo prefeito.
	Novos ACS serão treinados para ocupar nosso lugar.	Já que os resultados são ótimos, tenho certeza que nada vai mudar.
		No futuro, tomara que tenhamos sorte, no país que nada é seguro.
		Na eleição passada eu tinha receio, porém nossa Prefeita foi reeleita. Mas acho que não haverá continuidade.
		Eu acho que vai se deixar muito o papel do ACS.

A maioria dos depoimentos são claros quanto a possibilidade de mudança dos ACS, uma vez que são baseados na experiência de Correia Pinto que teve seus agentes substituídos por outros com indicação política, baseados na história política brasileira de apadrinhamento político, “vivemos num país de politicagem”. Existe, porém, quem acredite que não pode ser demitido por motivos sem justa causa, “nosso trabalho fica garantido. Os pessimistas acham que continuam, mas vão ser deixados de lado, ou até mesmo que acabará o trabalho.

Alguns ACS de Campo Belo, pela história de estabilidade local, onde a Secretária de Saúde é a mesma há mais de vinte anos, independendo da administração local, acreditam que terão melhores condições de trabalhar, em virtude do já construído e do bom senso do Prefeito.

QUADRO VII. : Consolidado dos dados coletados com os Agentes Comunitários de Saúde nos Municípios de Florianópolis (Costeira), Campo Belo do Sul e Correia Pinto, com reação à questão: “ Quantos meses são recomendados para se fazer aleitamento materno exclusivo?”

CAMPO BELO DO SUL	CORREIA PINTO	COSTEIRA
6 meses. (3 agentes)	6 meses (9 agentes)	6 meses 12
No mínimo 6 meses. (5 agentes)	Do primeiro mês de vida até um ano. (1 agente)	Até os 4 meses
Até 9 meses ou quanto no crescimento da criança. (1 agente)		

Esta questão visa avaliar o conhecimento técnico de um conhecimento básico ao ACS.

Infelizmente apenas 1 terço dos agentes de Campo Belo responderam corretamente.

QUADRO VII. : Consolidado dos dados coletados com os Agentes Comunitários de Saúde nos Municípios de Florianópolis (Costeira), Campo Belo do Sul e Correia Pinto, com reação à questão: “Uma mulher há dois dias atrás deu a luz ao sétimo filho, ela te pergunta: “Quando posso lavar o cabelo?” O que você responderia? ”

CAMPO BELO DO SUL	CORREIA PINTO	COSTEIRA
Se ela está se sentindo bem, pode lavar sem problema algum.	Pode lavar quando quiser, pois não há perigo algum em lavar.	Quando desejar, pois não há problema algum. (3 agentes)
Pode lavar o cabelo e o corpo todo, saúde e higiene andam juntas.	Já deveria lavar, pois o puerpério é a recuperação do corpo e nada tem a ver com o cabelo e o banho.	Minha orientação depende de sua resposta.
Pode lavar. (2 agentes)	Sim, higiene sempre faz bem.	Os médicos orientam que pode, mas a senhora quem decide. (2 agentes)
Pode, mas deve tomar cuidado para não sair no vento e no frio.	Ela quem sabe, pois ela quem sabe como seu organismo deve reagir.	Os médicos dizem que pode, mas se a senhora acha que faz mal, fará mesmo.
Geralmente lava-se em 30 dias. Porque é um período onde a mulher volta à fertilidade.	Os médicos dizem que não tem problema, mas que não se deve lavar o cabelo, pois eu não lavaria também.	Podemos orientar que pode, mas devemos respeitar as crendices dela.
Se sentir bem pode lavar, mas se resguardando dentro de casa.	Existe quem lave e quem não lave, é melhor perguntar ao seu médico a respeito.	Pode, pois não tem nenhuma influência. (2 agentes)
Depende da cultura, para mim, pode lavar no primeiro dia, porém fica livre para ela.	Depois do sexto dia.	Lavar pela higiene e necessidade da pessoa. (2 agentes)

Deve lavar a partir do primeiro dia.	Pode lavar, é fundamental o banho diário.	Você é quem sabe, já tem bastante experiência com sete filhos.
	Pode lavar.	
	Após o parto, ou no outro dia já se pode lavar.	

O hábito de não lavar os cabelos durante um período do puerpério, traduz uma crença dos antigos que previam morbidades para a mãe caso ela o fizesse. Sabe-se que não existe nenhum malefício à puérpera que higieniza seus cabelos neste período, mesmo que imediato.

QUADROS VIII.I., VIII.II., VIII.III., VIII.IV., VIII.V. : Consolidado dos dados coletados com os Agentes Comunitários de Saúde nos Municípios de Florianópolis (Costeira), Campo Belo do Sul e Correia Pinto, com reação à questão: “Quanto a questão ética e moral de um ACS, assinale as que você considera correto.”

a-() Se encontro uma casa em que a sujeira é muito grande, existem muitos ratos e baratas, devo denunciar à comunidade para que sejam tomadas providências contra a família já que ameaça a saúde dos vizinhos.

QUADRO VIII.I. Números de erros e acertos da questão referida.

CAMPO BELO DO SUL		CORREIA PINTO		COSTEIRA	
9 acertos	sem erros	7 acertos	4 erros	12 acertos	1 erro

Apesar de não haver um código de ética específico do ACS, é preconizada uma conduta que venha a manter sigilo das informações obtidas, devendo apenas serem reveladas à Unidade de Saúde aquelas que venham a ter implicância com a saúde dos moradores dos domicílios visitados.

A grande maioria dos agentes responderam corretamente a questão, pois os problemas encontrados devem ser encaminhados à Unidade de Saúde, e não à comunidade.

b-() Um adolescente de 15 anos usa cocaína e temo que os vizinhos amigos dele sofram pela sua má influência. É meu dever alertar seus amigos de que ele está usando a droga.

QUADRO VIII.II. : Números de erros e acertos da questão referida.

CAMPO BELO DO SUL		CORREIA PINTO		COSTEIRA	
8 acertos	1 erro	7 acertos	4 erros	13 acertos	sem erros

Mais uma vez o sigilo deve ser mantido, sendo que a Unidade de Saúde deveria ser comunicada, pois o uso de drogas é considerado doença pela OMS e possui tratamento.

c-() Descubro que um homem casado de minha microárea tem uma amante. Tenho o dever de alertá-lo para o uso de camisinha em suas relações.

QUADRO V.III.III. : Números de erros e acertos da questão referida.

CAMPO BELO DO SUL		CORREIA PINTO		COSTEIRA	
2 acertos	7 erros	10 acertos	3 erros	5 acertos	8 erros

A poligamia ou o hábito de se ter múltiplos parceiros sexuais, expõe as pessoas envolvidas em um risco de contrair proliferar as DST e AIDS, por isso é um caso de saúde que deve ser abordado pelo ACS, logicamente de forma discreta que não venha a ferir a individualidade da pessoa.

d-() Se descobro que uma mulher casada de uma microárea minha tem um amante, tenho dever de avisar ao médico, pois isto vai contra as normas do bom costume familiar.

QUADRO VIII.IV. : Números de erros e acertos da questão referida.

CAMPO BELO DO SUL		CORREIA PINTO		COSTEIRA	
9 acertos	sem erros	9 acertos	2 erros	13 acertos	sem erros

O fato de uma pessoa praticar poligamia nada diz respeito a saúde, portanto não deve ser comunicada à Unidade de Saúde e nem para o médico, o que devendo apenas ser feita a recomendação de preservativos, pelo mesmo motivo acima explicado.

e-() Se uma família que tem diversos problemas financeiros e desemprego, de uma hora para outra começa a adquirir diversos aparelhos eletrodomésticos, é meu dever como cidadão perguntar como conseguiu comprar tudo aquilo.

QUADRO VIII.V. : Números de erros e acertos da questão referida.

CAMPO BELO DO SUL		CORREIA PINTO		COSTEIRA	
8 acertos	1 erro	9 acertos	2 erros	13 acertos	sem erros

Questionar sobre a procedência de eletrodomésticos não envolve em nada a saúde, portanto não se deve fazê-lo, podendo inclusive o ACS sofrer retaliações físicas ou mesmo perder a confiança da família.

f-() Não devo fazer comentários de espécie alguma à comunidade sobre as casas ou as pessoas das casas em que visito, mesmo que tenham AIDS, tuberculose, diabetes, pressão alta, câncer, usem drogas, não tenham boa higiene ou sejam mal-educadas.

Observação: Decidiu-se por anular esta questão devido a vários erros de resposta decorrente da palavra negativa no início da frase, gerando confusão na resposta do entrevistado.

6.2. Balanço das Atividades Realizadas pelos ACS

6.2.1. Campo Belo do Sul

Avaliação no dia 11/05/00 por Elisabeth Machado Botelho - Gerente de Atenção Básica à Saúde, integrante da Coordenadoria Estadual de Ações Regionais de Saúde.

- 1- A reunião foi realizada na sala de reuniões da SMS, onde normalmente se realizam as reuniões da equipe. A Secretária, que também é a enf. Supervisora do PACS, participou só do início e do final da reunião pois foi revisar o SIAB com a Andréia. O local é apropriado para reuniões.
- 2- A equipe é composta de 10 ACS. Houve só duas substituições desde o início. São contratados como prestadores de serviços, individualmente. Dos 10 ACS, 4 tem formação de auxiliar de enfermagem. Todos fizeram Treinamento Introductório. Os agentes possuem crachá, colete, boné e guarda-chuva. Usam bolsa, prancheta e uma pasta com envelopes de plástico onde estão a ficha A de cada família e outra com fichas B, separadas, separadas por grupos e um caderno para anotações diversas, principalmente porque a ficha A não tem espaço para tal. Foi discutida a idéia de se fazer uma ficha para anotar informações das visitas domiciliares (VD).

- 3- A territorialização está bem definida, cada agente tem seus mapas, alguns muito bonitos e bem elaborados. Eles trabalham só na região urbana.
- 4- Eles fazem visitas domiciliares nos dois períodos do dia. Na manhã de segunda-feira, duas vezes por mês têm reunião para organizar o trabalho, numa quinta-feira por mês têm reunião para discutir temas educativos. As VD são sistemáticas, atendendo as prioridades dos grupos de riscos. A enfermeira tem feito poucas visitas domiciliares com os agentes. Os ACS referem dificuldades de encaminhar pessoas para serem atendidas na Unidade de Saúde.
- 5- Os ACS tem participado de muitas atividades: campanhas de saúde, saneamento, lixo e outras. Já tiveram reuniões para debater assuntos com pessoal da APAE, engenheiro, delegado, etc.
- 6- Fazem avaliação positiva de seu trabalho. Apesar das reuniões de quinta-feira, não se pode afirmar que tenham um programa de educação permanente.
- 7- Foram discutidos, ainda, temas sobre necessidade de produzir relatórios e documentos sobre o PACS e seus resultados, e a implantação do PSF.
- 8- A avaliação sobre a equipe é bastante positivo. Não há pendências administrativas. O ponto mais fraco é o apoio limitado dado pela enfermeira, provavelmente devido ao fato de ela ser também, a secretária de saúde.

Relatório das Atividades Desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde de Campo Belo do Sul - Novembro de 1999 à Dezembro de 2000.

- total de famílias atendidas : 1.132.

- total de pessoas atendidas: 4.298.

Foram muitas atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde no período, dentre elas destacamos:

- visitas domiciliares: 14.959;
- fisioterapia para pessoas acamadas;
- levantamento da falta de banheiros na comunidade - 131 banheiros;
- solicitação de 3 cadeiras de roda, conseguidas 2;
- reciclagem do lixo - valor R\$ 1.663,21 em 21.014.200 kg;
- visitas domiciliares com Assistente Social, Conselho Tutelar, Psicólogo, Enfermeira Supervisora, Delegado de Polícia e Polícia Militar;
- visita aos doentes hospitalizados;
- identificação de situações de risco e encaminhamento das pessoas para os setores responsáveis;
- solicitação à Secretaria Municipal de Obras de latões de lixo;
- caminhada e exercícios físicos com hipertensos;
- promoção de macarronada beneficente (Adriano - sequelas de meningite);
- encaminhamento das crianças que estavam fora da escola;
- doação de brinquedos, poupas, alimentos para algumas famílias.

Participação de eventos:

- campanha de doação de sangue - HEMOSC (60 pessoas);
- campanha sobre registro gratuito;
- doação de cesta básica pela Defesa Civil junto à Polícia Militar;

- campanha Inverno Solidário, promovida pelo Banco do Brasil, Correios e Rádio 105,9;
- doação de alimentos, através de um pecuarista do município, 44 famílias beneficiadas;
- palestra sobre AIDS - Grupo Garra de Lages;
- palestra sobre Tuberculose (Dr. Sérgio);
- dia mundial de luta contra AIDS;
- dia Mundial da Saúde;
- dia Nacional Contra o Tabagismo;
- fórum Regional para o Desenvolvimento Integrado e Sustentável da Região Serrana;
- fórum de escolha de cursos do Sine;
- conferência Municipal de Saúde em Correia Pinto;
- encontro dos ACS de Campo Belo, Correia Pinto e Otacílio Costa;
- VII Encontro de Saúde da Região Serrana;
- participação em cursos de reciclagem do lixo (Sine);
- curso de culinária (Sine);
- Curso Cuidados com Idosos (Sine);
- Curso Tecendo Cidadania (Sine);
- Curso de Parapsicologia - Pastoral da Criança;
- Curso a Distância Juizado da Cidadania (Sine);
- participação do Brilho de Natal/2000.

Projeto Implantado

- Reciclagem do Lixo - implantado em 05/05/200 com o seguinte slogan:

“Vamos juntos trabalhar, para o lixo reciclar e a saúde melhorar”.

6.2.2. Correia Pinto

Programa Agentes em Ação:

“Desenvolver um programa voltado para a qualidade de vida, fundamentado em dois aspectos: a- promover o desenvolvimento sustentado sem degradação do meio ambiente; b- dar destino final ao lixo, acabando com o acondicionamento inadequado, aliado à coleta irregular e o destino final sem observância dos mínimos quesitos sanitários que propicia a existência de criadouros de vetores transmissores de doenças, constituindo-se numa constante ameaça à SAÚDE PÚBLICA.”

“Desenvolver um processo educativo junto à comunidade, relacionando aos hábitos de limpeza e de higiene ambiental e doméstica. Propiciar à COLETIVIDADE fonte alternativa de renda”. Criar na comunidade a consciência e a prática buscando o envolvimento desta no encaminhamento e equacionamento dos problemas. Promover na prática o exercício de CIDADANIA.”

Slogan : “Lixo agora é solução, venda lixo e compre pão!”

O projeto tem como objetivo prevenir as doenças, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante esforços organizados da comunidade. As metas são: higiene no lar, limpeza dos arredores, limpeza das ruas, destino adequado dos esgotos, limpeza das caixas de água, destino adequado do lixo, construção de privadas e fossas secas adequadas, latões para lixo ou coletoras de entulho.

Todos os dois projetos são realizados com ações conjuntas entre ACS do PACS/PSF e Vigilância Sanitária (Ondina S. Bastos).

Todos detalhes epidemiológicos estão registrados no SIAB.

O resultado do levantamento de privadas a serem construídas discrimina por bairros exatamente as 616 privadas e fossas a serem construídas. Deste levantamento feito pelos ACS, recursos para construção das obras já estão sendo mobilizados.

Do balanço de serviços, atendimentos e ações realizadas pelos ACS temos:

- total de famílias cadastradas: 2.657;
- total de pessoas: 9.745;
- encaminhamento para registro de nascimento;
- grupos de caminhadas;
- encaminhamento de documento para pessoa carente, arrecadação de roupa e agasalhos para o bebê;
- acompanhamento de bares dos arredores;
- acompanhamento e pesagem do lixo;
- palestras com a comunidade;
- reuniões das ACS com a comunidade;
- elaboração de placas educativas;
- cultivos de horta caseira e comunitárias;

- ação integrada (comunidade PACS);
- visita sanitária;
- distribuição de panfletos;
- limpeza de lote, arrecadação de roupas;
- reciclagem do lixo;
- encaminhamentos de esgoto;
- arrecadação de alimentos;
- grupo de estudos.

6.2.3. Costeira do Pirajubaé

O Centro de Saúde da Costeira do Pirajubaé, assim como o PACS/PSF, enfrentam alguns problemas que impedem o bom atendimento à população, o principal é a hiperdemanda, esta faz com que a população de sua área de abrangência fique aproximadamente duas vezes maior que a recomendada.

Existe também, deficiência na estrutura da Unidade de Saúde, pois esta apresenta uma instalação modesta, sem espaço para reuniões com as agentes, e não possui um único computador para informatizar os dados obtidos pelos ACS:

- total de famílias cadastradas: ?
- Total de pessoas cadastradas: ?
- Visitas domiciliares com os acadêmicos do Curso de Medicina da UFSC;

- trabalho de prevenção de DST/AIDS nas sétimas e oitavas séries do colégio local;
- acompanhamento de pesagem e nutrição das crianças da creche local;
- teatro fantoches nas creches e primário sobre prevenção à pediculose;
- caminhadas com os grupos terapêuticos;
- participação no Conselho Local de Saúde;
- exercícios com as gestantes;
- mutirão para verificar gestantes e vacinas nas crianças das áreas descobertas;
- orientação sobre separação do lixo reciclável nos grupos terapêuticos;
- cultivo da farmácia natural no Centro de Saúde;
- verificação da qualidade da água das cachoeiras que é usada para beber;
- mutirão para limpeza das cachoeiras;
- arrecadação de alimentos;
- arrecadação de roupas para o bebê;
- grupos de estudo.

7. Conclusões

Quando o tema do Trabalho foi proposto, a forma que eu esperava para avaliar e comparar os ACS seria através de um simples questionário de múltipla escolha, mas ao aplicar o teste piloto em ACS do Bairro Córrego Grande (Florianópolis), percebi junto com meu orientador que havia uma indução muito grande nas respostas, encaminhando-as para minhas opiniões pessoais. A partir desta constatação, o questionário passaria a ser com respostas abertas, mas mesmo assim não havia como julgar um trabalho de mais de dois anos dos ACS com um simples questionário, este poderia ser passado via *internet* e tendo as respostas recebidas, poderia compará-las e concluir a pesquisa.

Conhecer de perto a comunidade, ou qualquer lugar, é fundamental para um melhor julgamento, não importando o que se queira analisar. Sentir e respirar o mesmo ar que o grupo respira, tocar e conversar com as pessoas é a base para uma análise subjetiva, onde o sentimento do observador é o mais importante.

Os dados coletados foram riquíssimos, demonstrando que a formulação de questões abertas em pequenos grupos nos revelam opiniões que transcendem o que imagina o entrevistador.

O maior foco migratório que se instala em grandes cidades, tendo o Bairro da Costeira como exemplo, que constrói a favela urbana, provém de uma favela rural ainda mais carente, como as de Campo Belo do Sul, Correia Pinto e região. Porém é difícil imaginar, pelo menos para quem mora na Capital, que o processo de favelização das áreas urbanas destas cidades do interior é tão intenso quanto o nosso. Somente com a melhoria dos serviços básicos, o que inclui a saúde, é que podemos manter estas pessoas em suas áreas de origem.

Entendo que este assunto merece estudos mais aprofundados, contemplando todo o Brasil e América Latina, para que possamos ter idéia de como os demais municípios e localidades estão conduzindo e organizando os serviços de saúde. Porém nos fixando em nossa meta, partir dos dados obtidos neste trabalho foi possível levantar alguns pontos que deixam claro os perfis dos ACS da Costeira do Pirajubaé e dos municípios da Região Serrana analisados:

1- Quanto ao curso de auxiliar de enfermagem:

- o curso de técnico de enfermagem para os ACS é totalmente dispensável, pois as atribuições do técnico não se aplicam ao ACS, além de ser desperdício de dinheiro e tempo, existe o risco deles deixarem o programa após a conclusão do curso ou quando surgir proposta de trabalho como auxiliar de enfermagem.

2- Quanto a uma eventual troca de partido na prefeitura e ao vínculo trabalhista:

- o Município de Correia Pinto que teve a experiência da troca política de agentes, tem muito a ensinar, alertando-nos quanto aos malefícios de fatos como este. Léia Vieira Gallas, ex-Secretária de Saúde Municipal, e que agora ocupa o cargo de enfermeira do PACS nos explica que ocorre um desgaste muito grande do Programa com atitudes impostas desta forma. A população já acostumada com seu agente, com o qual mantinha uma relação de confiança gerada no dia a dia depara-se com um novo agente desconhecido e indicado politicamente, quebrando o vínculo com as famílias. As equipes que dão suporte técnico de treinamento vêem todo seu trabalho de anos ser desmanchado subitamente, resta-lhes recomençar tudo outra vez a cada novo mandato. Até quando irão ter motivação para fazer novo treinamento de quatro

em quatro anos? Mais proveitoso e motivante seria aplicar as despesas e o tempo em atividades de reciclagem;

- precisamos urgentemente de uma política de carreira para o Agente Comunitário de Saúde, de forma que ele tenha todos os direitos preconizados ao funcionário público ou à CLT, e sindicato, pois da maneira que estão inseridos, nos fazem lembrar da antigas “frentes de trabalho” patrocinadas pelo governo;
- outra situação, ainda mais sinistra, seria a dos “agentes comunitários eleitorais”, acuados pela ameaça da perda de seus empregos e por manipulação política, iniciarem campanhas domiciliares para reeleição dos prefeitos;
- devemos considerar um fator fundamental diante desta situação, o que é lado humano do trabalhador, a cada dia sendo mais usado como uma peça que pode ser jogada fora e colocada outra nova em seu lugar, esquece-se que ele tem família, aspirações profissionais, pessoais e o desejo de contribuir com a melhoria de sua comunidade;

3- Quanto ao entendimento pelos ACS sobre a relação do SUS com PACS/PSF:

- que mais chama a atenção é a pobreza da maioria das respostas, mostrando um mau esclarecimento do assunto, e mantendo uma idéia assistencialista e paternalista, como : “ajudar as pessoas”, “fornecer remédios” ou “atender pessoas carentes”;
- os ACS Costeira tiveram um melhor desempenho que os da Região Serrana, apesar de que todos deveriam ser mais esclarecidos sobre

as políticas de saúde, já que trabalham nesta área e necessitam de conhecimento.

4- Quanto às perspectivas para os próximos cinco anos de trabalho:

- na Região Serrana, os relatos se assemelham muito entre si, é marcante o desejo e a esperança em melhorias na saúde da comunidade demonstrando a confiança de seu trabalho para o desenvolvimento da saúde pública de suas localidades;
- em Correia Pinto há quem se refira em saúde no conceito mais moderno, abrangendo cidadania e felicidade: “Recuperar a saúde e a cidadania da população. Viver e ser mais feliz”;
- o desejo de “cumprir as metas” e “atingir a saúde”, reflete o compromisso profissional assumido pelos serranos. O mapeamento sanitário realizado nos mostra o desejo de ver a melhoria “mais saneamento”. A satisfação com o trabalho é expressa em “realizar mais projetos com os colegas”. A reciclagem também é desejada, “mais cursos de capacitação. É referido também o descontentamento com a remuneração, e com a ausência de concurso público oficial, estabilidade para crescer dentro da profissão, e com a ausência de Carteira de Trabalho;
- segundo a enfermeira Léia Vieira Gallas, de Correia Pinto para se promover ações comunitárias, deve-se valorizar a comunidade, “se a comunidade não se envolve só cobra e não faz nada”. Ela lembra que para se fazer ações comunitárias, as parcerias são essenciais, isto envolve as escolas, secretaria de obras, vigilância sanitária, Igreja, e outras entidades que se disporem a colaborar. É, portanto,

fundamental que os ACS estejam motivados a promover o trabalho comunitário, ajudando a formar cidadãos saudáveis;

- a conclusão é de que o espírito verdadeiro de comunidade está presente, ou pelo menos está sendo resgatado nos Municípios Serranos, enquanto que, na Capital o sentido de comunidade está sendo abafado há anos pelo crescimento urbano desordenado, imigração, e da individualidade, no qual os problemas pessoais se sobrepõe aos da coletividade. A enfermeira Simoni Gallina, da Costeira, explica que a população da Costeira seja, talvez, a menos provida de sentimento comunitário, pois além de não haver espaços públicos, como praças e áreas de lazer, a geografia ajuda a manter o isolamento entre os habitantes, já que todas as ruas, exceto a principal e que é uma rodovia, sobem em direção ao morro e praticamente sem intercomunicação.

5- Quanto às questões técnicas:

- o mau desempenho dos ACS do Município de Campo Belo do Sul demonstra de contratar uma enfermeira (a atual acumula o cargo de Secretária de Saúde) que coordene exclusivamente o PACS, ou da mesma junto a um médico com uma equipe de PSF;
- em Correia Pinto e na Costeira houve um erro individual em cada localidade, chamando a atenção de que mesmo com boas atividades de reciclagem nem todo conteúdo está sendo absorvido ou fixado por todos. Portanto, a educação continuada é fundamental dentro das equipes.

6- Quanto às relações culturais com a comunidade:

- os posicionamentos da grande maioria dos agentes diante de uma situação hipotética onde existe um choque cultural, mostrou um ótimo preparo ao se deparar com credices populares, visto que esclareceram a dúvida de maneira correta, respeitando a cultura pessoal diante de uma possível resistência a atitudes e tratamentos. Isto possivelmente aplicar-se-á diante de situações semelhantes que envolvam, por exemplo, a religiosidade.

7- Quanto às questões éticas:

- conclui-se que os ACS tem um bom conhecimento sobre a ética de seu trabalho, principalmente os da Costeira com 84,6% de acertos, seguido por Campo Belo do Sul com 80%, e de Correia Pinto com 72,7% de acertos;
- o erro de alguns pode comprometer sua confiança com as famílias, por isso deve-se ter como meta o conhecimento total sobre a ética;
- sugiro a elaboração de um Código próprio, devendo-se ter como meta o conhecimento total sobre a ética, e que a postura correta venha a ser tomada na prática;
- este tema merece entrar no espaço reservado à educação continuada periodicamente. A experiência com os ACS entrevistados mostrou que eles têm muito interesse em discutir o assunto.

8- Quanto ao balanço de dados das atividades desenvolvidas:

- os Municípios Serranos demonstraram excelente desempenho, apresentando projetos executados com sucesso mobilizando grande parte da comunidade;
- foi importante para o sucesso de várias atividades a utilização de parcerias com outras entidades;
- as atividades dos ACS na Costeira, apesar de não terem a repercussão gerada na Serra, não podem ser desmerecidas, visto que as dificuldades em mobilizar a comunidade não são poucas. Estão de parabéns os agentes por iniciar o trabalho comunitário que era praticamente inexistente;
- a Unidade de Saúde da Costeira não teve condições de fornecer as informações, da mesma forma que as Unidades da Serra, por não poder oferecer uma estrutura organizada para armazenar seus dados tendo em vista que não possui sequer um computador. É fundamental que a Prefeitura Municipal invista na formação de um banco de dados descentralizado.

8. Referências Bibliográficas

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Abrindo as portas para a Dona Saúde entrar.** (Cartilha). Brasília. 2000. 12 p.
2. BRASIL. **Constituições do Brasil.** Senado Federal. Brasília DF. 1986.
3. MEHRY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde Pública, rede básica e o sistema brasileiro. **Caderno de Saúde Pública.** (2). p. 177-184, abr/jun, 1993.
4. VASCONCELLOS, Maria da Penha. **Memórias da Saúde Pública - a fotografia como testemunha.** São Paulo - Rio de Janeiro. Hucitec/Abrasco. p . 30, 37. 1995.
5. KUATOKO, Fernando Paulo. Elias, Adriana. et al. **Agentes Comunitários de Saúde: entendimento de algumas de suas atribuições e práticas.** Análise sobre o Projeto de Especialização em Saúde Pública da UFSC 2000. 67p.
6. LIMA, Armênio Matias Corrêa. **O estilo de pensamento em Atenção Primária à Saúde.** Programa de Pós-Graduação - CED / UFSC. 1998.
7. WHO. **Declaração de Alma Ata.** World Health Organization. Geneva.1978.
In: www.saude.gov.br/programas/promocao/alma.htm. Pesquisa realizada em 26/10/00.
8. BORJA, Célio. Brasil. In: **El Derecho a la Salud em las Americas.** OPAS. 1989. p. 110 - 126.
9. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado Federal. Brasília - DF.1988.

10. BRASIL. Poder Executivo. Lei no. 8.080, de 10/09/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF. 1990.
11. BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB - SUS 96. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF. 1996.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: Uma Estratégia do Organização dos Serviços de Saúde**. Brasília. 1996 34 p.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Agentes Comunitários de saúde**. Brasília. 1994. 12p.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília. 1997 a. 36 p.
15. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **El Trabajador Primario de Salud**. México, D.F.. Litográfica Ingramex. p. 2, 3, 4. 1980.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é o PACS? Cartilha “Prefeito Solidário”. 1997. In: www.geocities.com/Area51/Station/8089/pacs/objetivo.htm. Pesquisa realizada em 06/10/2000.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Agentes Comunitários da Saúde**. Brasília. 1994. 12 p.
18. SOUSA, Maria de Fátima de. Saúde da Família provoca inovações nas Instituições de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. n. 2. Jun/Jul/2000. p.8 - 11.
19. BRASIL. Poder Executivo. Decreto no. 3.189. de 04/10/99. Fixa diretrizes para o exercício da atividade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF. 1999.

20. ROSSEAU, Jean Michel. Programas de Saúde Rural na América Latina :
Duas abordagens. **Revista Proposta -1**. Editora Fase. Rio de Janeiro.
1976.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIAB: **manual do sistema de informação de
atenção básica**. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde
da Comunidade. Brasília. 1998. 96 p.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica - Programa
Saúde da Família**. Caderno 1 - A implantação da unidade de saúde da
família. Brasília. 2000 a. 44 p.
23. GAIO, Teresa Cristina. **Políticas Públicas e o Agente Comunitário de
Saúde (Avaliação do Processo de implantação do Programa de
Agente Comunitário de Saúde no Município de Florianópolis)**. Projeto
de qualificação para Mestrado - Programa de Pós -graduação em
Enfermagem da UFSC. 2000.
24. MYNAIO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social: teoria, método e
criatividade**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 16-27.
25. NEVES, Jane Maria Gerber; GALLAS, Léia Vieira. **Avaliação dos ACS
dos Municípios de Correia Pinto, Otacílio Costa e Campo Belo do
Sul, pré e pós curso de aperfeiçoamento**. Trabalho de Pós-Graduação
no Curso de Especialização em Metodologia do Ensino para
Profissionalização em Enfermagem. Florianópolis, UFSC 2000. 39 p.
26. ANDRADE, Cláudia R. F. de. **Fonoaudiologia preventiva: Teoria e
Vocabulário técnico-científico**. Série Especial em Fonoaudiologia. São
Paulo: Lovise. 1996. p. 134.
27. BORBA, Fernando Silva. **Diagnóstico de saúde de duas microáreas do
Bairro Costeira do Pirajubaé**. Trabalho de Conclusão do Curso de
Medicina da UFSC 2001. Florianópolis, UFSC 2000. 42p.

NORMAS ADOTADAS

As normas adotadas no presente estudo obedeceram à resolução nº 001/99 do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

Resumo

Agentes Comunitários de Saúde. Estudo comparativo entre os Municípios de Campo Belo do Sul, Correia Pinto e Florianópolis (Bairro da Costeira do Pirajubaé)

Rossi, Vinícius Scherner. Universidade Federal de Santa Catarina.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é a pessoa que por ser do povo, não só se assemelha nas características e anseios do povo, como também preenche lacunas, justamente por conhecer as necessidades desta população. Por assumir um papel de educador dentro da comunidade ele deve estar sempre motivado e orientado para desempenhar seu papel. Este trabalho tem como objetivo analisar os ACS de diferentes localidades de Santa Catarina, verificando seu conhecimento sobre SUS e PACS, suas perspectivas quanto ao futuro profissional e influências que a política possa ter em suas atividades, as questões éticas e culturais, e quanto às atividades já desenvolvidas por eles.

Foram realizadas entrevistas com Coordenadores do PACS e ACS nos Municípios de Campo Belo do Sul, Correia Pinto e Florianópolis (Bairro Costeira do Pirajubaé).

Este trabalho utilizou uma abordagem do tipo qualitativa; utilizando-se de questões abertas em sua maioria para os ACS. Foi acrescentado um balanço das atividades desenvolvidas pelos ACS.

Concluiu-se que os ACS não necessitam de curso de auxiliar de enfermagem, que necessitam de vínculo empregatício definitivo com as

prefeituras, que os agente do interior tem uma preocupação maior com a comunidade enquanto que os da capital são mais individualistas, que há uma necessidade de exercitar a educação continuada com os ACS.

Entendo que este assunto merece atenção especial do Governo Federal a fim de elaborar regras que imponham estabilidade aos ACS, e que as Unidades de Saúde e a comunidade se empenhem na melhoria da saúde da população.

Summary

Health Community Agents. Comparative study between the towns of Campo Belo do Sul and Correia Pinto and city of Florianópolis (neighbourhood of Costeira do Pirajubaé)

Rossi, Vinícius Scherner. Federal University of Santa Catarina.

The Health Community Agent (HCA), as a member of the local community, is familiar to its needs and concerns. Due to their important role in education and orientation, the agents must be sufficiently well trained. This study analyses the Program of Health Community Agents (PHCA) focusing on the person of the HCA, assessing their knowledge on the Public Health Care System and PHCA and examining their activities as HCA, professional perspectives and ethical and cultural profiles. It was investigated the influence of political changes on the PHCA as well.

The field research consisted of open-question interviews with PHCA coordinators and HCAs in the cities of Campo Belo do Sul, Correia Pinto and Florianópolis (neighbourhood of Costeira do Pirajubaé). The data analysis approach is qualitative.

It was concluded that the HCAs do not need nurse training. On the other hand they need continuous labour relation. It was verified that the HCA from the rural areas is more community-concerned. Continuous education of the HCAs should be encouraged. The PHCA deserves particular attention from society in general and the Federal Government in special, that should create laws in order to provide labour stability to the HCAs.

Apêndice

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

COLETA DE OPINIÃO DOS ACS

1-Em sua opinião, qual é a ligação do SUS (Sistema Único de Saúde)com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 - Quais são suas perspectivas para os próximos cinco anos de trabalho?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3- Na próxima eleição para prefeitura, o que você acha que pode acontecer com o seu papel de ACS ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4- Quantos meses são recomendados para se fazer aleitamento materno exclusivo?

.....

5- Uma mulher há 2 dias atrás deu a luz para seu sétimo filho, ela te pergunta:

“ Quando posso lavar o cabelo? ” . O que você responderia ?

.....

.....

.....

.....

6- Quanto a questão ética e moral de um ACS, assinale as que você considera correto.

(nenhuma, uma ou mais que uma)

a-() Se encontro uma casa em que a sujeira é muito grande, existem muitos ratos e baratas, devo denunciar à comunidade para que sejam tomadas providências contra a família já que ameaça a saúde dos vizinhos.

b-() Um adolescente de 15 anos usa cocaína e temo que os vizinhos amigos dele sofram pela sua má influência. É meu dever alertar seus amigos de que ele está usando a droga.

c-() Descubro que um homem casado de minha microárea tem uma amante. Tenho o dever de alertá-lo para o uso de camisinha em suas relações.

d-() Se descubro que uma mulher casada de uma microárea minha tem um amante. Tenho dever de avisar o médico, pois isto vai é contra as normas do bom costume familiar.

e-() Se uma família que tem diversos problemas financeiros e desemprego, de uma hora para outra começa a adquirir diversos aparelhos eletrodomésticos, é meu dever como cidadão perguntar como conseguiu comprar tudo aquilo.

f-() Não devo fazer comentários de espécie alguma à comunidade sobre as casas ou as pessoas das casas em que visito, mesmo que tenham AIDS, tuberculose, diabetes, pressão alta, câncer, usem drogas, não tenham boa higiene ou sejam mal-educadas.

1- Quantas famílias existem em sua microárea e quantas são visitadas?

.....

2- Qual é o seu grau de escolaridade?

.....

3- O bairro em que você mora pertence á sua microárea?

.....

4- Fez ou faz curso de auxiliar de enfermagem?

.....

**TCC
UFSC
SP
0037**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0037
Autor: Rossi, Vinícius Sc
Título: Agentes comunitários de saúde- e



972809875

Ac. 254115

Ex.1 UFSC BSCCSM